

Stockholm 2019-02-12

Svenska Läkaresällskapet  
Susann Asplund  
susann.asplund@sfs.se

## **SLS primärvårdsarbetsgrupps rapport ”Stärk primärvården!”**

-synpunkter från Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

Vi välkomnar SLS initiativ att utreda hur första linjens vård kan stärkas och spela en huvudroll i framtida hälso-och sjukvård samt hur allmänmedicinens roll bör se ut.

Vi har inga principiella invändningar mot själva huvudbudskapet i rapporten. Vi har dock vissa synpunkter på delar av materialet.

### **Fast läkare och listtak**

SFAM anser att den viktigaste faktorn för en kommande primärvårdsreform är ett lagstadgat krav på fast läkare för alla invånare. Läkaren bör vara allmänläkare, men geriatriker och barn och ungdomsläkare bör kunna arbeta som fasta läkare om målet är att på sikt uppnå allmänmedicinsk specialistkompetens.

Vi anser att ett fastläkarsystem skall vara heltäckande, dvs. samtliga invånare i landet ska vara listade på en fast personlig läkare. Den fasta läkaren ska ha ett listtak, dvs. läkaren ska kunna säga nej till önskemål om listning om listan är full.

### **Övergångsperioden**

Att direkt övergå till ett heltäckande fastläkarsystem är idag inte möjligt, främst på grund av bristen på allmänläkare. Arbetsgruppen anser, liksom vi, att målet bör vara att alla invånare skall ha möjlighet att lista sig på fast läkare och man talar om en övergångsperiod, dock utan att närmare beskriva vad som krävs för att en sådan övergång skall vara möjlig.

Vi efterlyser en mer djupgående analys av övergångsperioden och förslag till åtgärder, alltifrån dagens läge med allvarlig allmänläkarbrist och systemsvikt till ett nytt system med fast läkare.

Vi menar att för att en övergång till fast läkare i primärvården överhuvudtaget ska vara möjlig, krävs att man börjar i rätt ände, dvs. med en kraftfull satsning på att rekrytera allmänläkare. För

att göra arbetet som allmänläkare attraktivt krävs avsevärd förbättring av nuvarande arbetsmiljö, som idag på många håll är undermålig, främst beroende på överbelastning och ansvaret för ett obegränsat uppdrag. En bättre arbetsmiljö kan därför bara uppnås genom att begränsa allmänläkarnas listansvar. Detta innebär nödvändigtvis att många invånare inte kommer att ha tillgång till någon fast läkare under en övergångsperiod med brist på fasta läkare.

I sista hand är det regionernas ansvar att förse dess invånare med hälso- och sjukvård, vilket för många invånare i ett övergångsskede skulle innebära att de måste få sitt sjukvårdsbehov tillfredsställt med hjälp av hyrläkare, korttidsvikarier, besök på sjukhusens akutmottagningar etc. Detta går uppenbart emot principen om jämlik vård, men är det enda sätt på vilket Sverige på sikt kan skapa en välfungerande primärvård. Men att ett system med fasta läkare för hela befolkningen går att åstadkomma är visat i bland annat Norge, där en nationell fastläkarreform genomfördes för knappt 20 år sedan.

## Fortbildning

Vi hade önskat att arbetsgruppen hade fördjupat analysen mer och belyst betydelsen av kompetensutveckling inklusive inomprofessionell reflektion som lärmotiv, det teambaserade lärandet samt forskning som en del i förstärkningen av primärvården.

Vi känner inte igen oss i texten under 3.3, rubriken *Fortbildning*. SLS fortbildningspolicy har visserligen använts när SFAM tillsammans med riktlinjer från många andra källor utarbetat en egen policy, men det är inte korrekt att SLS fortbildningsmodell har "prövats i samverkan med SFAM".

I SFAM:s policy framhålls, liksom även i SLS policy vikten av fortbildningsplaner och kompetensvärdering genom självvärdering (inom allmänmedicinen i allmänhet genomförd som ASK, Allmänläkares Självvärdering i Kollegial dialog). Men SFAM anser inte att kvalitetssäkring ska ske genom att SLS och dess sektioner värderar den kontinuerliga fortbildningsprocessen och fortbildningsaktiviteter utifrån "deras ändamålsenlighet och effektivitet". Det är bara den enskilda individen som kan avgöra vilka metoder och aktiviteter som är användbara för verksamhetens behov och för vederbörandes egen professionella utveckling.

SFAM beskrivs i rapporten som samarbetspartner till SLS när det gäller fortbildning. Vi saknar därför en hänvisning till SFAM:s egna riktlinjer för fortbildning:

Svensk förening för allmänmedicin. SFAM:s riktlinjer för fortbildning. Bakgrund, kunskapsläge och principer. Stockholm: SFAM; 2018

## Teamet

Vi saknar i rapporten en beskrivning av hur ett mer utvecklat teamarbete skulle kunna underlätta färden mot en starkare primärvård, exempelvis vilken potential teamet kan tänkas ha. Det består oftast av läkare och distriktssköterska men kan också vara mer multiprofessionellt sammansatt, exempelvis vid rehabilitering av sjukskrivna patienter.

## Övriga synpunkter

### 3.2

Vi anser, liksom arbetsgruppen, att statens roll måste förtydligas och att primärvården ska styras genom ett nationellt, statligt definierat uppdrag.

### 3.3

Vi håller med om att generalistperspektivet i ökande omfattning bör lyftas fram i läkarutbildningen. Därtill bör allmänmedicinen ges större plats i AT/BT. Vi anser också att en del av ST-utbildningen inom andra specialiteter än allmänmedicin bör förläggas till primärvård.

Vi anser, liksom arbetsgruppen, att det krävs en kraftfull ökning av antalet ST-läkare i allmänmedicin. Statistiken över ST-läkare och specialister i allmänmedicin är undermålig och det krävs en betydligt bättre överblick och styrmodeller för kompetensförsörjningen inom primärvården.

Vi håller med om att det behövs en omfördelning av specialister från sluten- till öppen vård bland annat genom möjlighet till dubbelspecialisering.

### 3.4

Vi anser att den patientnära forskningen inom allmänmedicin kräver andra metoder än inom slutenvården, att den har varit kraftigt eftersatt samt att särskilda statliga medel för forskning är nödvändiga för att en utbyggnad av primärvården ska bli genomförbar. Akademiska vårdcentraler kan, med rätt uppdrag, vara ett sätt att gynna primärvårdsbaserad forskning.

### 3.5

Vi är överens med arbetsgruppen om att kontinuitet och tillgänglighet kräver ett tak för antalet listade per läkare. Som ett riktmärke har 1 500 invånare/läkare använts, men siffran kan behöva justeras nedåt i takt med nya arbetsuppgifter. Ett rimligt antal kan vara 1 000 invånare/läkare i områden där primärvården tar ett större helhetsansvar, t ex i Borgholmsmodellen med hemsjukhus.

Vi håller med om att det krävs betydligt bättre koordinering av insatser mellan kommuner och regionernas primärvård men vi saknar en problematisering av det delade huvudmannskapet för den del av primärvården som idag kallas hemsjukvård. Ansträngningar bör göras för att riva de kommunikationsbarriärer som idag finns inom denna högprioriterade verksamhet.

Möjligen skulle förutsättningarna för samverkan mellan läkare och övrig personal inom hemsjukvården kunna förbättras om de hade samma huvudman. Vi bedömer dock att kommunernas fortbildning för sjukvårdspersonal är bristfällig och av sådan kvalitet och omfattning, att det med kommunernas nuvarande ambitionsnivå skulle innebära nackdelar för läkarnas professionella utveckling om de anställs av kommunerna.

Vi vill också framhålla de stora svårigheterna att skapa sömlös vård mellan sjukhus och primärvård och föreslår användning av allmänläkarkonsulter enligt dansk förebild som ett sätt att överbrygga klyftan mellan sluten- och primärvård.

Arbetsgruppens resonemang runt områdesansvar är intressant, huruvida ett vårdvalssystem kan förenas med områdesansvar, t ex för hälsofrämjande insatser, bör utredas vidare.

### 3.6

Vi är eniga med arbetsgruppen om att en primärvårdsreform kommer att kräva ökade resurser till primärvården och att betydande extra resurser behövs under en övergångsperiod. Dessa extra resurser bör staten kunna stå för.

### 3.7

Vi är eniga med arbetsgruppen om att ersättningssystemen bör vara generella, dvs. bygga på ett nationellt uppdrag. Vi anser att ersättningen främst bör stödja hög kontinuitet och medicinska prioriteringar och inrymma kvalitetsutveckling, fortbildning, handledning av yngre läkare samt forskning. Ersättningssystemet bör utformas så att det ger kostnadstäckning för olika tilläggsuppdrag av lokalt, regionalt och nationellt intresse såsom undervisning, extern granskning av ST-utbildning, kompetensvärdering av ST-läkare, deltagande i olika arbetsgrupper etc. Arbetsgruppens förslag att följa upp vårdgivare inom primärvården med hjälp av extern, professionsbaserad medicinsk kvalitetsrevision är lovvärt. Det torde dock krävas betydande resurser för en sådan granskande verksamhet. Vi ser inte att det i nuläget med allvarlig brist på specialister i allmänmedicin är en verksamhet som bör prioriteras.

För Svensk förening för allmänmedicin

*Annika Larsson*

T.f. ordförande